

2019-2020 學年第 504 款特別照顧申請

學生姓名 _____ 出生日期 ____ / ____ / ____ 學生身分證號碼 _____
 學校名稱 _____ 學校 ATS/DBN: _____ 年級/班級 _____
 提出申請的家長/監護人姓名 _____ 與學生的關係 _____
 交給 504 協調員的日期 ____ / ____ / ____ 504 協調員姓名 _____
 學生是否當前有 IEP? 是 否 504 協調員電話號碼 _____

第 1 部分：家長/監護人必須填妥並遞交給學校的 504 協調員。

請在下面說明問題及這一問題如何影響學生在學校的表現：

根據上面列出的問題要求特別照顧。若有任何問題，請與您學校的 504 協調員聯絡。

要求特別照顧 請在所有要求上打勾：		僅供學校工作人員填寫 For School Use Only	
		New	Renewal
測驗 特別照顧	<input type="checkbox"/> 測驗時間安排/時間長度（例如延長時間等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 測驗環境/地點	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 展示方式/方法/輔助科技	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 測驗的回答方法/內容支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 其他（請具體說明）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
教室/ 課程大綱 特殊照顧	<input type="checkbox"/> 班級上課時間表/所用時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 課堂活動環境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 展示方式/方法/輔助科技	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 課堂活動回應的方法/內容支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 其他（請具體說明）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
學業支援 和其他服務： *必須填妥 醫療特別照顧申請表	<input type="checkbox"/> 輔助專業人員*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 護士服務*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 交通服務*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 「安全網」（只限高中）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 其他（請具體說明）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*如果學生要求上學日期間的醫藥服務，但不能自我施用，則藥物一般由學校護士幫助施用。申請 1:1 護士、輔助專業人員支援以及交通服務的要求將按照個案情況審查。這些要求必須由學校健康辦公室的专业人員審核，以確定這一服務是否是醫療所需的。申請人必須填妥額外的表格，請向您子女學校的 504 協調員查詢。

第 2 部分：家長同意——家長/監護人必須在遞交給您學校的 504 協調員之前填妥。

您子女可能有資格獲得「1973年康復法案」（The Rehabilitation Act of 1973）第504款規定的特別照顧。您學校的504小組將開會審查您子女的記錄、課堂功課、課堂觀察、測驗以及保健專業人員的聲明。如果根據那一審查您的子女符合服務資格，則該小組將在您的幫助和同意下形成一份504計劃。504計劃可以在學年中任何時間得到審查，但是504計劃必須每年都得到重新批准。

在這一表格上簽名，1) 您同意讓 504 小組審查您子女的記錄並決定您子女是否符合特別照顧服務的資格。2) 您確認您已盡您的最大能力提供了完全和完整的資訊。3) 您理解學校健康辦公室（OSH）和教育局（DOE）要依賴於表格上資訊的精確程度來進行審查和作出決定。4) 您理解 OSH 和 DOE 可能獲取他們認為需要的關於您子女的醫療狀況、醫藥或治療的任何其他資訊。OSH 可以從任何為我子女提供健康服務的保健專業人員、護士或藥劑師那裏獲取該資訊。

填妥隨附的 HIPAA（審核所必需。家長必須填妥這一表格的背面。）

家長/監護人姓名 _____

日間聯絡電話號碼 _____

家長/監護人簽名 _____

日期 _____